

49

Faisabilité de la recherche du ganglion sentinelle en cas de rechute locale

C. Tunon de Lara*, M. Debled, M. Fournier, G. Macgrogan et A.-L. Cazeau

La prise en charge d'une rechute locale dans un sein traité par chirurgie conservatrice et radiothérapie est en pleine mutation, premièrement du fait de la taille initiale des lésions en constante décroissance depuis plusieurs années, deuxièmement l'absence de chirurgie axillaire remplacée par la recherche du ganglion sentinelle (GS) et enfin grâce au progrès de l'imagerie qui permet, d'une part, un diagnostic précoce de la rechute et, d'autre part, des bilans d'extension de plus en plus performants.

Jusqu'à présent, la découverte d'une rechute locale et un bilan d'extension négatif conduisaient à la réalisation d'une mastectomie dite de rattrapage avec ou sans traitement adjuvant.

Plusieurs équipes (américaines, italiennes et autrichiennes) ont publié sur la possibilité de réaliser un 2° GS après GS [1, 2] ou après un curage axillaire complet [3, 4].

L'absence de référentiels sur la prise en charge des rechutes locales en dehors de l'absence de radiothérapie et de la réalisation d'une mastectomie, laisse aux équipes médicales une grande liberté de traitement dont le principal risque est le sur-traitement.

L'objectif de cette très petite série de 7 patientes est d'identifier la faisabilité d'une recherche du GS après rechute locale.

Les objectifs secondaires sont la corrélation entre les anomalies du bilan d'extension (ganglions visibles) et la détection du ganglion sentinelle, et surtout la détection de GS non axillaires ou controlatéraux (tableau I).

* Auteur correspondant

Institut Bergonié, 33076 Bordeaux Cedex, France

Tableau I. Résultats de l'étude.

	Délai de RL (années)	Type chir axillaire (CA/GS)	Histo de la rechute	GS détecté (O/N)	Site du GS AX homo non AX	Résultat GS +/-	Chimio (O/N)
N°1	5 ans	CA	CCI G3	O	AXHomo	+	O
N°2	21 ans	mini curage 4N	Mucineux	N GG de rencontre	/	GG de rencontre neg	Hormono-séquentielle
N°3	6 ans	GS	CCI gr3	O	AXHomo	Neg/curage neg	OUI
N°4	11 ans	CA	CCI Gr3	N	/	/	OUI
N°5	22 ans	CA	CCI Gr3	N	/	/ ADP bilat CA controlat +	OUI
N°6	17 ans	CA	CCI Gr2	N	/	Curage + (N+ clinique)	OUI
N°7	26 ans	CA	CCI Gr3	O	Mammaire interne	Neg	Pas décidé

Au total, sur cette petite série de patiente le taux de détection est de 3/7, le taux de GS+ 1/3/7.

Une meilleure orientation du bilan d'extension vis-à-vis du statut ganglionnaire, une recherche systématique du GS en cas de RL nous permettraient certainement de mieux différencier les rechutes agressives qui nécessitent un traitement adjuvant des rechutes purement locales traitées par chirurgie de rattrapage.

Ces patientes pourraient faire l'objet d'un enregistrement multicentrique prospectif dans le cadre d'un essai.

Références

1. Intra M, Trifiro G, Galimberti V *et al.* (2007) Second axillary sentinel node biopsy for ipsilateral breast tumour recurrence. *Br J Surg* 94: 1216-9
2. Port ER, Garcia-Etienne CA, Park J *et al.* (2007) Reoperative sentinel lymph node biopsy : a new frontier in the management of ipsilateral breast tumour recurrences. *Ann Surg Oncol* 14: 2209-14
3. Kaur P, Kiluk JV, Meade T *et al.* (2011) Sentinel lymph node biopsy in patients with previous ipsilateral complete axillary lymph node dissection. *Ann Surg Oncol* 18: 727-32
4. Schrenk P, Tausch C, Wayand W (2008) Lymphatic mapping in patients with primary or recurrent breast cancer following previous axillary surgery. *Eur J Surg Oncol* 34: 851-6